



ईएसबी आई.आर.ओ. 34 अनुसूचित बीमारी

कर्मचारी राज्य बीमा निगम



चिकि-8

औषधालय /निदानालय की मोहर

बीमा संख्या :

--	--

बीमाकृत व्यक्ति का नाम _____

व्यवसाय : _____

कार्य स्थान (कारखाना/स्थापना) : _____

आवासीय पता : _____

1. मामले का इतिहास : _____

2. पिछली बीमारी : _____

3. वर्तमान निदान : _____

4. विशेषज्ञ की विस्तृत रिपोर्ट _____

5. विशेषज्ञ की राय कि रोगी को औषधालय में/ घर पर/ अस्पताल में उपचार करना चाहिए

6. रोगी को काम से अनुपस्थित रहने कि आवश्यकता है/ नहीं है। _____

7. जांच के लिए विशेषज्ञ के पास निर्दिष्ट किए जाने की अगली तिथि _____

दिनांक _____

बीमा चिकित्सा अधिकारी/ बीमा चिकित्सा व्यवसायी के हस्ताक्षर और रबड की मोहर